



Caros Pais ou Responsáveis:

15 de setembro de 2014

A Secretaria de Saúde e Serviços Sociais tem a satisfação de oferecer a vacina contra a gripe tipo Influenza a todos os alunos matriculados na Rede Pública de Ensino Fundamental e Médio da cidade de Newton (jardim da infância a 12^a série).

Tanto a vacina contra gripe na forma injetável quanto a vacina contra a gripe administrada através de spray nasal serão aplicadas durante o horário escolar, sem custo para as famílias. O programa de vacinação contra a gripe será novamente gratuito, já que a Secretaria de Saúde Pública de Massachusetts fornecerá a vacina para todos os alunos. Porém, pedimos para que vocês nos enviem informações sobre o seu seguro-saúde para facilitar o reembolso dos custos que teremos com a administração das vacinas.

A vacinação será realizada nas escolas públicas de Newton de outubro até meados de novembro. As datas específicas serão anunciadas em cada escola e estarão publicadas online no site [www.newtonma.gov / flu](http://www.newtonma.gov/flu)

Para inscrever seu filho, você deve preencher os dois formulários citados abaixo e entregá-los a enfermeira da escola até no máximo 2 dias antes do início da vacinação na escola do seu filho:

- 1. Formulário de Consentimento e Triagem**
- 2. Carteira de vacinação e Formulário com os dados sobre o Plano ou Seguro- Saúde**

Os formulários estão disponíveis online pelo site [www.newtonma.gov / flu](http://www.newtonma.gov/flu) ou no escritório da enfermaria da escola. Os alunos que não se inscreverem não poderão ser vacinados.

No Formulário de Consentimento e Triagem, os pais deverão optar pela vacina na forma injetável ou através do spray nasal. Informações sobre cada tipo de vacina, bem como seus riscos e benefícios podem ser encontrados no website www.newtonma.gov/flu em Informações sobre a Vacina da Gripe. As enfermeiras da escola do seu filho também possuem informações a respeito da vacina contra a gripe tipo Influenza e podem responder a quaisquer perguntas.

Tanto a vacina contra a gripe injetável quanto a vacina em forma de spray nasal são vacinas tetravalentes que protegem contra quatro estirpes de gripe. Os Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) recomendam a vacina contra a gripe para todas as pessoas a partir dos 6 meses de idade. Quando estão disponíveis os dois tipos de vacina, o CDC passou a

recomendar que seja dada preferência para a vacina contra a gripe na forma de spray nasal para crianças saudáveis com idades entre 2 e 8 anos,.

Este ano, de acordo com a legislação do Estado de Massachusetts, a vacinação contra gripe será administrada através de um programa de cadastro informatizado de imunização conhecido como Sistema de Informação de Imunização de Massachusetts (MIIS). O MIIS armazena todos os registros de imunização. Todas as informações do MIIS são mantidas no sistema de forma segura e confidencial. O MIIS permite que informações sejam compartilhadas com os prestadores de serviços de saúde, enfermeiras escolares, conselhos locais de saúde e órgãos estaduais envolvidos com a imunização. Você tem o direito de se opor à partilha de informação que se encontra no MIIS com os provedores de saúde. Para mais informações, por favor, pergunte ao seu médico, visite o site do MIIS através do www.mass.gov/dph/miis ou entre em contato com o Programa de Imunização de Massachusetts pelo telefone 617-983-6800 ou 888-658-2850. Se você não quiser que seu filho participe do programa de vacinação deverá preencher um formulário optando por não ter seu filho vacinado. Tal formulário encontra-se disponível no www.newtonma.gov/flu e deve ser devolvido à enfermeira da escola.

Todos os anos as crianças correm o risco de desenvolverem complicações graves em decorrência da Influenza. A vacinação contra a gripe é uma das melhores formas de proteger as crianças de contraírem a doença. Esperamos que você possa se beneficiar deste importante programa preventivo contra a Influenza.

Atenciosamente,

Ruth Hoshino
Enfermeira Supervisora

David Fleishman
Superintendente



Setti Warren
Mayor

Health and Human Services Department *Secretaria de Saúde e Serviços Sociais*

Linda Walsh, Interim Commissioner

Linda Walsh, Comissária Interina

1000 Commonwealth Ave

Newton, MA 02459-1544

Telefone 617.796.1420 Fax 617.552.7063 TDD/TTY 617.796.7089



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Student Flu Vaccine Consent and Screening Form 2014-15 *Formulário de Consentimento e Triagem para a Vacina contra a Gripe Tipo Influenza 2014-2015*

Child's Last Name <i>Sobrenome do Aluno</i>	Child's First Name <i>Nome do Aluno</i>	Date of Birth <i>Data de Nascimento</i>	Age <i>Idade</i>	Gender: <i>Sexo</i> M F
Parent/Guardian Last Name <i>Sobrenome do Pai ou Responsável</i>	Parent/Guardian First Name <i>Nome do Pai ou Responsável</i>	Parent/Guardian Phone <i>Telefone do Pai ou Responsável</i>		
SCHOOL NAME <i>Nome da Escola</i>	Teacher (K to 5th grade) <i>Professor (Jardim a 5ª série)</i> OR Team (6th to 8th grade) <i>OU Equipe (6ª a 8ª série)</i> Leave blank for 9th -12 graders <i>Deixe em branco para 9ª a 12ª série</i>	GRADE <i>Série</i>		

Select either flu shot or nasal spray.

Selecione a vacina injetável ou em forma de spray nasal.

- Answer the screening questions only for that type of vaccine.
- *Responda a às perguntas de triagem somente para o tipo de vacina selecionado.*
- Sign below those screening questions.
- *Assine no local indicado ao final deste formulário.*
- A "YES" to any question (except #12) indicates your child cannot receive that type of vaccine. If you are not sure of the answers to these questions, contact your child's health care provider.
- *Uma resposta "sim" a qualquer pergunta (exceto # 12) indica que o seu filho não pode receber este tipo de vacina. Se você não tem certeza de como responder a estas perguntas, entre em contato com o médico do seu filho.*

Check ONE box below for the vaccine you want your child to receive.

Marque um "X" abaixo na vacina que voce deseja que seu filho tome.

OR
OU

FLU SHOT

VACINA INJETÁVEL

NASAL SPRAY

VACINA EM SPRAY NASAL

FLU SHOT VACINA INJETÁVEL	Yes Sim	No Não
1. Does your child have a problem eating eggs? <i>1. Seu filho apresenta algum problema quando come ovos?</i>		
2. Does your child have an allergy to gentamicin, neomycin, polymixin or gelatin? <i>2. Seu filho tem alguma alergia à gentamicina, neomicina, polimicina ou gelatina?</i>		
3. Has your child ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine? <i>3. Seu filho já teve alguma reação séria ao tomar a vacina contra a gripe no passado?</i>		
4. Has your child ever had Guillain-Barré Syndrome (a type of temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving a flu vaccine? <i>4. Seu filho alguma vez teve a Síndrome de Guillain-Barré (severa fraqueza muscular temporária) até 6 semanas após tomar a vacina contra gripe?</i>		

I have read the 2014-2015 Vaccine Information Statement for the flu shot and understand the risks and benefits. I GIVE CONSENT for my child to get vaccinated with this vaccine.
Eu li o documento do qual constam as informações a respeito da vacina contra a gripe tipo Influenza na forma injetável e estou ciente dos riscos e benefícios dessa forma de vacina. Eu dou o meu consentimento para que meu filho(a) receba esta forma da vacina.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____
ASSINATURA DO PAI OU RESPONSÁVEL: _____

DATE: _____
DATA: _____

NASAL SPRAY VACINA EM SPRAY NASAL	Yes Sim	No Não
1. Does your child have a problem eating eggs? <i>1. Seu filho pode comer ovo normalmente?</i>		
2. Has your child have an allergy gentamicin, neomycin, polymixin or gelatin? <i>2. Seu filho tem alguma alergia à gentamicina, neomicina, polimicina ou gelatina?</i>		
3. Has your child ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine? <i>3. Seu filho já teve alguma reação séria ao tomar a vacina contra a gripe no passado?</i>		
4. Does your child have asthma, diabetes (or other type of metabolic disease), or disease of the lungs, heart, kidneys, liver, nerves, or blood? <i>4. Seu filho tem asma, diabetes (ou qualquer outro tipo de doença metabólica), doença pulmonar, cardíaca, renal, hepática ou vascular?</i>		
5. If your child is younger than 5 years old, has a healthcare provider told you that your child had wheezing or asthma within the last 12 months? <i>5. Se seu filho tem menos de 5 anos, ele foi diagnosticado com asma ou chiado nos últimos 12 meses?</i>		
6. Does your child have a weak immune system (for example, from HIV, cancer, or medications such as steroids or those used to treat cancer)? <i>6. Seu filho tem sistema imunológico fraco em decorrência, por exemplo, de AIDS, câncer ou tratamento com esteróides ou remédios para o tratamento de câncer?</i>		
7. Is your child taking antiviral medications? <i>7. Seu filho está tomando algum medicamento antiviral?</i>		
8. Is your child on long-term aspirin or aspirin-containing therapy (for example, does your child take aspirin every day)? <i>8. Seu filho está fazendo algum tratamento a longo prazo com aspirina ou medicamento que contenha aspirina (por exemplo, seu filho toma aspirina todos os dias)?</i>		
9. Is your child pregnant? <i>9. Sua filha está grávida?</i>		
10. Has your child ever had Guillain-Barré Syndrome (a type of temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving a flu vaccine? <i>10. Seu filho já teve Síndrome de Guillain-Barré (severa fraqueza muscular temporária) até 6 semanas após tomar a vacina contra a gripe?</i>		
11. Does your child have close contact with a person who needs care in a protected environment (for example, someone who has recently had a bone marrow transplant)? <i>11. Seu filho tem contato próximo com alguém que necessita de cuidados especiais em um ambiente protegido (por exemplo, alguém que tenha recentemente se submetido a um transplante de medula)?</i>		
12. Has your child received any other vaccinations (not just flu) in the past 30 days? Vaccine: _____ Date: ___/___/___ <i>12. Seu filho tomou alguma outra vacina (não apenas contra gripe) nos últimos 30 dias? Vacina: _____ Data: ___/___/___</i>		

**For children 6 months
through 8 years old:**
Para crianças entre 6 meses e 8 anos:

Children in this age group should receive 2 doses of the 2014-2015 seasonal influenza vaccine at least 4 weeks apart unless they received:

As crianças nesse faixa-etária deverão tomar 2 doses da vacina este ano, com intervalo de pelo menos 4 semanas entre elas, a não ser que tenham recebido:

- **At least one dose of 2013-14 seasonal influenza vaccine**
- **Pelo menos uma dose da vacina contra gripe no ano de 2013-14**

OR/OU

- **At least 2 seasonal influenza vaccines during any previous season, and at least 1 dose of a 2009 (H1N1) – containing vaccine**
- **Pelo menos 2 doses da vacina contra gripe em qualquer ano anterior , e pelo menos uma dose da vacina contra gripe (H1N1) no ano de 2009**

Contact the child's primary health care provider to receive a second dose, or visit www.newtonma.gov/flu for additional clinics.

Entre em contato com o médico do seu filho(a) para que ele(a) tome a segunda dose da vacina ou entre no site www.newtonma.gov/flu para obter informações sobre clínicas adicionais.

I have read the 2014-2015 Vaccine Information Statement for the nasal spray and understand the risks and benefits. I GIVE CONSENT for my child to get vaccinated with this vaccine.

Eu li o documento do qual constam as informações a respeito da vacina contra a gripe tipo Influenza na forma de spray nasal e estou ciente dos riscos e benefícios dessa forma de vacina. Eu dou o meu consentimento para que meu filho(a) receba esta forma da vacina.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____
ASSINATURA DO PAI OU
RESPONSÁVEL: _____

DATE: _____
DATA: _____

Student 2014-2015 Insurance Information Form & Vaccine Administration Record

Formulário de Informação sobre Plano ou Seguro-Saúde & Carteira de Registro de Vacinação do Aluno (2014 – 2015)

The completion of this form is necessary for every vaccine recipient. If no insurance information is available, please fill out as much as possible using existing information.

O preenchimento deste formulário é obrigatório para cada pessoa vacinada. Se a informação sobre o plano ou seguro-saúde não estiver disponível, por favor, forneça o maior número possível de dados.

Information about the person to receive vaccine (please print): ***Required Fields**

*Dados sobre a pessoa que receberá a vacina (favor usar letra de forma): *Campos obrigatórios*

Name: (Last, First, MI)* <i>Nome: (Sobrenome, Nome Próprio e Inicial do Nome do Meio) *</i>	Date of birth: * <i>Data de nascimento: *</i> Month Day Year <i>Mês Dia Ano</i>	Age* <i>Idade *</i>	Sex: (Circle)* <i>Sexo: (Circule) *</i> Male Female <i>Masc. Fem.</i>
Street Address:* <i>Endereço: *</i>			
City:* <i>Cidade: *</i>	State: * <i>Estado: *</i>	Zip:* <i>Cep: *</i>	Phone:* <i>Telefone: *</i> ()

Insurance Information: Include the whole member ID number and any letters that are part of that number
Informação sobre Plano/Seguro-Saúde: Favor, incluir o número completo de identificação do segurado, incluindo os dígitos e eventuais letras.

Name of Insurance Company: <i>Nome da Seguradora:</i>	Member ID Number: <i>Número de Identificação do Segurado:</i>	Group ID Number: (if available) <i>Numero de Identificação do Grupo: (se disponível)</i>
--	--	---

If person getting vaccinated is not the subscriber, please complete the following:

Se a pessoa a ser vacinada não for a titular do plano ou seguro-saúde, por favor, preencha os campos abaixo:

Subscriber's Name: (Last, First, MI) <i>Nome do Titular: (Sobrenome, Nome Próprio, Inicial do nome do meio)</i>	Subscriber's Date of Birth: <i>Data de Nascimento do Titular:</i> _____ Month Day Year <i>Mês Dia Ano</i>	Sex: (Circle) <i>Sexo: (Circule)</i> Male Female <i>Masc. Fem.</i>
Subscriber's Street Address: (If different from address above) <i>Endereço do Titular: (Se diferente do endereço fornecido acima)</i>		

City: <i>Cidade:</i>	State: <i>Estado:</i>	Zip: <i>CEP:</i>	Phone: <i>Telefone:</i> ()
Patient Relationship to Subscriber: (Circle) <i>Grau de parentesco entre paciente e titular: (Circule)</i>		Spouse <i>Cônjuge</i>	Child <i>Filho(a)</i>
		Other <i>Outro</i>	

For children 18 years of age and younger:
Para crianças com idade menor ou igual a 18 anos:

Is Vaccine for Children (VFC) Program eligible:
É elegível a participar to Programa de Vacinação para Crianças (VFC):

Is enrolled in Medicaid (includes MassHealth and HMOs etc. if enrolled through Medicaid)
Está inscrito no Medicaid (inclui MassHealth e HMOs etc se através do Medicaid)

Does not have health insurance
Não tem plano ou seguro saúde

Is American Indian (Native American) or Alaska Native
E índio americano (nativo) ou originário do Alaska

Is not VCF-elegible:
Não é elegível a participar do Programa VFC:

Has health insurance and is not American Indian (Native American) or Alaska Native
Possui plano ou seguro saúde e não é índio americano (nativo) ou originário do Alaska

I give permission for my insurance company to be billed.
Eu dou permissão para que minha seguradora seja cobrada.

X _____
(Signature of patient, parent or legal guardian)
(Assinatura do paciente, pai ou responsável legal)

Date: _____
Data: _____

For Clinic/Office Use Only: *Somente para uso da Clínica/Enfermaria:*

Signature of Vaccine Administrator:-----

Date:-----

Date of Service <i>Data Serviço</i>	Vax Type <i>Tipo Vacina</i>	Vax Mfgr	Lot No	Exp Date	Dose (mL) <i>Dose</i>	State Supplied <i>Fornecida Pelo Estado</i>	Preserv Free Sem <i>Preservativo</i>	Injection Route <i>(Circle) Tipo</i>	Injection Site <i>(Circle) Local da Aplicação</i>	Date on VIS <i>Data</i>	Date VIS Given <i>Data Aplicação</i>
	IIV4				0.5	Yes No	Yes No	IM	R Arm L Arm	8/19/14	9/15/14
	LAIV4	MedImmune			0.2	Yes No	Yes	Intranasal	NA	8/19/14	9/15/14

Clinic Site Name: City of Newton Health & Human Services Department MDPH Provider PIN#: 11223

Clinic Address: 1000 Commonwealth Ave. Newton, MA 02459

Vacina Influenza

O que você precisa saber

(Vacina contra a gripe, vírus vivo, intranasal)

2013-2014

Muitos folhetos informativos sobre vacinas encontram-se disponíveis em espanhol e em outros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

Hojas de información Sobre Vacinas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1 Por que tomar a vacina?

A influenza ("gripe") é uma doença contagiosa que se dissemina nos Estados Unidos durante o inverno, normalmente entre outubro e maio.

A gripe é causada pelo vírus da influenza, e pode ser transmitida pela tosse, por espirros e contatos próximos.

Qualquer pessoa pode contrair a gripe, mas o risco de contrair o vírus é mais alto entre crianças. Os sintomas surgem subitamente e podem durar vários dias. Eles podem incluir:

- febre/calafrios
- inflamação da garganta
- dores musculares
- fadiga
- tosse
- dor de cabeça
- coriza ou congestão nasal

Algumas pessoas podem ficar mais doentes do que outras com a gripe. Estas pessoas incluem crianças pequenas, pessoas de 65 anos ou mais, grávidas e pessoas com determinados problemas de saúde - tal como problemas cardíacos, pulmonares ou renais, ou com um sistema imunológico enfraquecido. A vacina contra a gripe é especialmente importante para estas pessoas e para todos os que estiverem em contato próximo com elas.

A gripe também pode levar à pneumonia, e piorar problemas de saúde já existentes. Ela também pode causar diarreia e convulsões em crianças.

Todo ano, **milhares de pessoas nos EUA morrem de gripe**, e muitas outras são hospitalizadas.

A **vacina contra a gripe** é a melhor proteção que temos contra a gripe e suas complicações. Ela também ajuda a evitar que a gripe seja transmitida de pessoa para pessoa.

2 Vacina contra a gripe com vírus vivo atenuado – LAIV, spray nasal

Existem dois tipos de vacina contra a influenza:

Você vai tomar a vacina influenza viva atenuada (chamada LAIV) **que será administrada por meio de um spray nas narinas**. "Atenuada" significa enfraquecida. Os vírus na vacina foram enfraquecidos para que não possam causar doenças.

A outra vacina, a "injeção contra a gripe", é uma vacina **inativada** (não contém o vírus vivo). Ela é administrada por

meio de uma injeção intramuscular. *Esta vacina está descrita em outro Folheto Informativo sobre Vacinas.*

Recomenda-se que a vacina contra a gripe seja tomada todos os anos. Crianças entre 6 meses a 8 anos de idade devem tomar duas doses no primeiro ano em que forem vacinadas.

Os vírus da gripe estão sempre mudando. Todo ano, a vacina da gripe é produzida para oferecer proteção contra os vírus com maiores chances de causar doenças naquele ano. Embora ela não possa evitar todos os casos de gripe, ela é nossa melhor defesa contra a doença. A LAIV protege contra 4 diferentes tipos de vírus influenza.

Após a vacinação, leva em torno de 2 semanas para a proteção se desenvolver, e esta proteção dura de vários meses a um ano.

Algumas doenças que **não** são causadas pelo vírus da influenza são muitas vezes confundidas com a gripe. A vacina não previne estas doenças. Ela só previne influenza.

A LAIV pode ser administrada em pessoas de **2 a 49 anos de idade** que não estiverem grávidas. Ela pode ser administrada simultaneamente e com segurança com outras vacinas.

A LAIV não contém timerosal nem qualquer outro conservante.

3 Algumas pessoas não devem tomar esta vacina

Comunique à pessoa que for administrar a vacina:

- **Se você já teve alguma alergia grave (com risco de vida)**, incluindo alergia a ovos. Se você já teve uma reação alérgica com risco de vida depois de receber uma dose da vacina contra a gripe, ou se teve uma alergia grave a qualquer componente da vacina, não deve tomar outra dose.
- **Se você já teve a Síndrome de Guillain-Barré** (uma doença grave que causa paralisia, também chamada "GBS"). Pessoas que tiveram GBS não devem tomar esta vacina. Isto deve ser discutido com seu médico.
- **Se você tiver tomado qualquer outra vacina nas últimas 4 semanas, ou se não estiver se sentindo bem.** Podem sugerir que você espere. Mas você deve retornar.



U.S. Department of
Health and Human Services
Centers for Disease
Control and Prevention

• **Você deve tomar a injeção da vacina contra a gripe em vez do spray nasal se você:**

- estiver grávida
- tiver um sistema imunológico enfraquecido
- tiver certos problemas de saúde a longo prazo
- for uma criança pequena com asma ou problemas de respiração ofegante
- for criança ou adolescente em terapia com aspirina a longo prazo
- tiver contato próximo com alguém que precise de cuidados especiais por ter um sistema imunológico extremamente enfraquecido
- tiver menos de 2 anos ou mais de 49 anos. (Crianças com mais de 6 meses de idade podem tomar a injeção contra a gripe. Crianças com menos de 6 meses não podem tomar nenhuma opção da vacina.)

A pessoa que administra a vacina pode lhe oferecer mais informações.

4

Riscos de uma reação à vacina

Como com qualquer remédio, esta vacina também pode causar efeitos colaterais. Estes são normalmente leves e desaparecem por conta própria.

Efeitos colaterais graves também são possíveis, mas são muito raros. A LAIV é feita a partir do vírus enfraquecido e **não causa a gripe**.

Problemas leves que foram comunicados após a administração da LAIV:

Crianças e adolescentes de 2 a 17 anos de idade:

- coriza, congestão nasal ou tosse
- febre
- dor de cabeça e dores musculares
- chiado ao respirar
- dores abdominais ou vômito ou diarreia ocasionais

Adultos de 18 a 49 anos de idade:

- coriza ou congestão nasal
- inflamação da garganta
- tosse, calafrios, cansaço/fraqueza
- dor de cabeça

Problemas graves que podem ocorrer após a LAIV:

- Uma reação alérgica severa pode ocorrer após qualquer vacina (estima-se menos de um caso para um milhão de doses).

A segurança das vacinas está sempre sendo monitorada. Para obter mais informações, visite: www.cdc.gov/vaccinesafety/

5

E se houver uma reação grave?

O que devo observar?

- Observe o que lhe parecer preocupante, como sinais de uma reação alérgica severa, febre muito alta ou alterações comportamentais.

Sinais de uma reação alérgica severa podem incluir urticária, inchaço do rosto e inflamação da garganta, dificuldade para respirar, taquicardia, tontura e fraqueza. Estes sintomas teriam início alguns minutos ou até algumas horas após a vacinação.

O que devo fazer?

- Se você acha que se trata de uma reação alérgica severa ou alguma outra emergência, ligue para 9-1-1 ou leve a pessoa para o hospital mais próximo. Em outro caso, ligue para o seu médico.
- Depois, a reação deve ser comunicada ao Sistema de Relatórios de Eventos Adversos Relacionados a Vacinas (VAERS). Seu médico pode preencher este relatório, ou você mesmo pode fazê-lo pelo site do VAERS www.vaers.hhs.gov, ou ligando para **1-800-822-7967**.

O VAERS é destinado apenas para fins de relatório de reações. O sistema não oferece orientações médicas.

6

Programa Nacional de Compensação por Danos Relacionados a Vacinas

O Programa Nacional de Compensação por Danos Relacionados a Vacinas (VICP) é um programa federal criado para compensar pessoas que possam ter sofrido danos por certas vacinas.

Pessoas que acreditam ter sofrido danos causados por uma vacina podem se informar sobre o programa e sobre como registrar uma reclamação ligando para **1-800-338-2382** ou acessando o site do VICP no link www.hrsa.gov/vaccinecompensation.

7

Como posso obter mais informações?

- Pergunte ao seu médico.
- Ligue para o seu departamento de saúde local ou estadual.
- Entre em contato com os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC):
 - Ligue para **1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)** ou
 - Visite o site da CDC em www.cdc.gov/flu

Folheto informativo sobre Vacinas (Interim)
Vacina Influenza Viva Atenuada

26/07/2013

Portuguese

42 U.S.C. § 300aa-26

Para uso exclusivo do escritório



Vacina Influenza

O que você precisa saber

(Vacina contra a gripe, inativada)
2013-2014

Muitos folhetos informativos sobre vacinas encontram-se disponíveis em espanhol e em outros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

Hojas de información sobre vacunas están disponibles en español y en muchos otros idiomas. Visite www.immunize.org/vis

1 Por que tomar a vacina?

A influenza ("gripe") é uma doença contagiosa que se dissemina nos Estados Unidos durante o inverno, normalmente entre outubro e maio.

A gripe é causada pelo vírus da influenza, e pode ser transmitida pela tosse, por espirros e contatos próximos.

Qualquer pessoa pode contrair a gripe, mas o risco de contrair o vírus é mais alto entre crianças. Os sintomas surgem subitamente e podem durar vários dias. Eles podem incluir:

- febre/calafrios
- inflamação da garganta
- dores musculares
- fadiga
- tosse
- dor de cabeça
- coriza ou congestão nasal

Algumas pessoas podem ficar mais doentes do que outras com a gripe. Estas pessoas incluem crianças pequenas, pessoas de 65 anos ou mais, grávidas e pessoas com determinados problemas de saúde - tal como problemas cardíacos, pulmonares ou renais, ou com um sistema imunológico enfraquecido. A vacina contra a gripe é especialmente importante para estas pessoas e para todos os que estiverem em contato próximo com elas.

A gripe também pode levar à pneumonia, e piorar problemas de saúde já existentes. Ela também pode causar diarreia e convulsões em crianças.

Todo ano, **milhares de pessoas nos EUA morrem de gripe**, e muitas outras são hospitalizadas.

A **vacina contra a gripe** é a melhor proteção que temos contra a gripe e suas complicações. Ela também ajuda a evitar que a gripe seja transmitida de pessoa para pessoa.

2 Vacina contra a gripe inativada.....

Existem dois tipos de vacina contra a influenza:

Você está tomando uma vacina da gripe **inativada**. Ela não contém nenhum vírus vivo da influenza. Ela é administrada por meio de uma injeção intramuscular, e é muitas vezes chamada de "injeção da gripe".

Há uma outra, a vacina influenza **viva atenuada** (enfraquecida), que é administrada com um spray nas narinas. *Esta vacina está descrita em outro Folheto Informativo sobre Vacinas*. Recomenda-se que a vacina

contra a gripe seja tomada todos os anos. Crianças entre 6 meses a 8 anos de idade devem tomar duas doses no primeiro ano em que forem vacinadas.

Os vírus da gripe estão sempre mudando. Todo ano, a vacina da gripe é produzida para oferecer proteção contra os vírus com maiores chances de causar doenças naquele ano. Embora ela não possa evitar todos os casos de gripe, ela é nossa melhor defesa contra a doença. A vacina inativada protege contra 3 ou 4 vírus influenza diferentes.

Após a vacinação, leva em torno de 2 semanas para a proteção se desenvolver, e esta proteção dura de vários meses a um ano.

Algumas doenças que não são causadas pelo vírus da influenza são muitas vezes confundidas com a gripe. A vacina contra a gripe não previne estas doenças. Ela só previne a influenza.

Existe uma vacina contra a gripe de "alta dosagem" para pessoas com 65 anos ou mais. A pessoa administrando a vacina pode lhe oferecer mais informações.

Algumas vacinas contra a gripe inativada contêm uma quantidade mínima de um conservante à base de mercúrio chamado timerosal. Estudos mostraram que o timerosal em vacinas não é prejudicial à saúde, mas há vacinas contra a gripe disponíveis sem conservante.

3 Algumas pessoas não devem tomar esta vacina

Comunique à pessoa que administrar a vacina:

- **Se você já teve alguma alergia grave (com risco de vida).** Se você já teve uma reação alérgica com risco de vida depois de receber uma dose da vacina contra a gripe, ou se teve uma alergia grave a qualquer componente da vacina, pode ser orientado a não tomar uma nova dose. A maioria dos tipos de vacina contra a gripe (mas não todos) contém uma pequena quantidade de ovo.
- **Se você já teve a Síndrome de Guillain-Barré** (uma doença grave que causa paralisia, também chamada "GBS"). Pessoas que tiveram GBS não devem tomar esta vacina. Isto deve ser discutido com seu médico.
- **Se você não estiver se sentindo bem.** Podem sugerir que você espere até sentir-se melhor. Mas você deve retornar.



U.S. Department of
Health and Human Services
Centers for Disease
Control and Prevention

4**Riscos de uma reação à vacina**

Como com qualquer remédio, a vacina também pode causar efeitos colaterais. Estes são normalmente leves e desaparecem por conta própria.

Efeitos colaterais graves também são possíveis, mas são muito raros. A vacina contra a gripe inativada não contém o vírus vivo da gripe, portanto **não é possível contrair a gripe com a vacina**.

Podem ocorrer episódios curtos de desmaio e sintomas relacionados (tais como movimentos espasmódicos) após qualquer procedimento médico, incluindo a vacinação.

Sentar-se ou deitar-se por cerca de 15 minutos após a vacinação pode evitar desmaios e ferimentos causados por quedas. Avise o seu médico se sentir tontura ou zonzeira, ou se tiver alterações na vista ou zumbidos nos ouvidos.

Problemas leves após a vacina inativada contra a gripe:

- dor, vermelhidão ou inchaço no local da injeção
- rouquidão; dor, vermelhidão ou coceira nos olhos; tosse
- febre
- dores
- dor de cabeça
- coceira
- fadiga

Se estes problemas ocorrerem, eles normalmente têm início logo após a injeção e duram 1 ou 2 dias.

Problemas moderados após a vacina inativada contra a gripe:

- Crianças pequenas que tomarem a vacina contra a gripe inativada e a vacina pneumocócica (PVC13) ao mesmo tempo podem ter um risco maior de convulsões causadas por febre. Peça mais informações ao seu médico. Comunique ao seu médico se uma criança que tomar a vacina contra a gripe já teve convulsões.

Problemas graves após a vacina inativada contra a gripe:

- Uma **reação alérgica severa** pode ocorrer após qualquer vacina (estima-se menos de um caso para um milhão de doses).
- Há uma pequena possibilidade de a vacina contra a gripe inativada estar associada à Síndrome de Guillain-Barré (GBS), não mais de 1 ou 2 casos por milhão de pessoas vacinadas. Isto é bem menos do que o risco de complicações graves decorrentes da gripe, que podem ser evitadas com a vacina.

A segurança das vacinas está sempre sendo monitorada. Para obter mais informações, visite: www.cdc.gov/vaccinesafety/

5**E se houver uma reação grave?**

O que devo observar?

- Observe o que lhe parecer preocupante, como sinais de uma reação alérgica severa, febre muito alta ou alterações comportamentais.

Sinais de uma reação alérgica severa podem incluir urticária, inchaço do rosto e inflamação da garganta, dificuldade para respirar, taquicardia, tontura e fraqueza. Estes sintomas teriam início alguns minutos ou até algumas horas após a vacinação.

O que devo fazer?

- Se você acha que se trata de uma reação alérgica severa ou alguma outra emergência, ligue para 9-1-1 ou leve a pessoa para o hospital mais próximo. Em outro caso, ligue para o seu médico.
- Depois, a reação deve ser comunicada ao Sistema de Relatórios de Eventos Adversos Relacionados a Vacinas (VAERS). Seu médico pode preencher este relatório, ou você mesmo pode fazê-lo pelo site do VAERS www.vaers.hhs.gov, ou ligando para **1-800-822-7967**.

O VAERS é destinado apenas para fins de relatório de reações. O sistema não oferece orientações médicas.

6**Programa Nacional de Compensação por Danos Relacionados a Vacinas**

O Programa Nacional de Compensação por Danos Relacionados a Vacinas (VICP) é um programa federal criado para compensar pessoas que possam ter sofrido danos por certas vacinas.

Pessoas que acreditam ter sofrido danos causados por uma vacina podem se informar sobre o programa e sobre como registrar uma reclamação ligando para **1-800-338-2382** ou acessando o site do VICP em www.hrsa.gov/vaccinecompensation.

7**Como posso obter mais informações?**

- Pergunte ao seu médico.
- Ligue para o seu departamento de saúde local ou estadual.
- Entre em contato com os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC):
 - Ligue para **1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO)** ou
 - Visite o site da CDC em www.cdc.gov/flu

Folheto Informativo sobre Vacinas (Interim)
Vacina Influenza Inativada

26/07/2013

Portuguese

Para uso exclusivo do
escritório



42 U.S.C. § 300aa-26

Apresentação do

Sistema de Informação de Imunização de Massachusetts

MIIS

Boletim Informativo para Pais e Pacientes



O MIIS é um novo sistema estadual para o controle do registro de vacinação de toda a família. No registro consta uma lista das vacinas tomadas por você e toda sua família para se proteger contra o sarampo, catapora (varicela), tétano e outras doenças. A meta é garantir que todos estejam com a vacinação em dia em Massachusetts. Além disso, a intenção é que vocês possam ter acesso a este registro quando precisarem, como quando uma criança entra na escola, em caso de atendimento médico de emergência ou quando vocês passam a receber cuidados de saúde de outros profissionais.

O que é o MIIS?

- É um sistema computadorizado que coleta e armazena dados de vacinação básica dos residentes de Massachusetts.
- Um sistema seguro e sigiloso, como exigido por lei em Massachusetts.
- Um sistema disponível para pessoas de todas as idades, não apenas crianças.

Que benefício este sistema trará?

- O MIIS:
- Facilita que vocês recebam o melhor atendimento de saúde.
 - Garante que se tomem todas as doses da vacina – e não se tomem doses desnecessárias.
 - Permite que seja impressa uma via com as informações necessárias caso vocês se mudem, o seu médico se aposente ou os seus filhos entrem para a escola ou frequentem acampamentos.

Qual é a importância disso?

- Como é do seu conhecimento, o cronograma de vacinação para uma vida saudável pode ser bem complicado. O MIIS:
- Ajuda o profissional da saúde a fazer o controle das vacinas necessárias e do momento certo em que devem ser tomadas.
 - Mantém em um só lugar o registro de vacinação, facilitando o acesso a você, à sua família e ao profissional da saúde.
 - Serve de comprovação da vacinação das crianças.
 - Ajuda a prevenir surtos de doenças como sarampo e gripe na sua comunidade.
 - Garante que o registro de vacinação esteja em local seguro em caso de desastres naturais como enchentes ou furacões.



Que informações ficam registradas no MIIS?

- Uma lista das vacinas tomadas por toda a sua família, assim como de outras vacinas que vierem a ser tomadas futuramente.
- Os dados necessários para garantir a vacinação segura e correta de cada paciente como:
 - » Nome completo e data de nascimento.
 - » Sexo (masculino ou feminino).
 - » Sobrenome de solteira da mãe (para crianças).
 - » Endereço e telefone.
 - » Consultório médico em que a vacina foi tomada.

Como essas informações vão parar no sistema?

- No caso das crianças, as informações são registradas ao nascimento ou quando a criança toma as primeiras vacinas.
- No caso do restante da família, o profissional da saúde registra os seus dados se eles não constarem do MIIS.

Quem tem acesso ao nosso registro?

- O Departamento de Saúde Pública (DPH) usa tecnologia moderna para garantir o sigilo e a segurança das informações registradas no MIIS.
- As informações do MIIS são de acesso exclusivo para:
 - » Profissionais da saúde ou outros responsáveis pela vacinação, conforme autorizado pelo DPH.
 - » Escolas.
 - » Conselhos locais de saúde.
 - » DPH, inclusive o programa WIC, e outros órgãos estaduais ou programas que oferecem serviços educativos e de prevenção sobre vacinas.
 - » Estudos especialmente aprovados pelo diretor de Saúde Pública que satisfaz rigorosas garantias legais.

E se eu não quiser que minhas informações sejam compartilhadas?

- Você tem o direito de limitar quem pode ver as suas informações.
- Para limitar quem pode ver os seus dados, é preciso preencher o formulário 'Objeção ou Retirada de Objeção à Partilha de Dados' (Objection or Withdrawal of Objection to Data Sharing), que pode ser obtido com um profissional da saúde.
- Caso você decida limitar quem pode ter acesso às suas informações, seu prestador de serviços médicos atual será capaz de ver as vacinas administradas por ele em você e seus filhos, mas não terá acesso a todo o seu histórico de vacinação.
- Caso opte por limitar quem pode ver as suas informações, você não terá acesso a todos os benefícios do MIIS, tais como o compartilhamento de registros de vacinação com escolas e atendimentos de emergência, e um registro completo de vacinações em um único local.
- Você pode mudar de ideia (optar pelo compartilhamento ou não de seus dados) a qualquer momento.

Como podemos obter mais informação?

Acesse o nosso site, www.mass.gov/dph/miis, ou entre em contato diretamente com o Programa de Imunização de Massachusetts, 617-983-6800 ou 888-658-2850, ou peça mais informações ao seu profissional da saúde.